



Chapitre 67

Hémorragie digestive : stratégie diagnostique et thérapeutique

G. PITON , S. KEPKA , G. CAPELLIER , T. DESMETTRE

Abréviations utilisées : HD : hémorragie digestive ; HTP : hypertension portale ; UGD : ulcère gastroduodéal ; VO : varices œsophagiennes ; EOGD : endoscopie œso-gastro-duodénale ; IOT : intubation oro-trachéale.

Points essentiels

- L'hémorragie digestive nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant au minimum l'urgentiste et le gastro-entérologue, parfois le radiologue, l'anesthésiste, le chirurgien ou le réanimateur.
- Les HD hautes, les plus fréquentes, sont dominées par l'HD ulcéreuse et l'HD liée à l'HTP.
- La prise en charge diagnostique s'attache à **confirmer l'HD, à évaluer sa gravité, à rechercher une cause.**
- L'endoscopie digestive est réalisée dans les 24 heures, dans les 12 heures en cas de suspicion d'HTP, ou dès que possible en cas de choc hémorragique. L'EOGD identifie les patients avec saignement actif ou à haut risque de récurrence, qui nécessitent un traitement endoscopique au cours du même examen.
- **Dans l'hémorragie liée à l'HTP, les objectifs hémodynamiques, basés sur le remplissage et la transfusion globulaire, sont une PAM à 65 mmHg et une hémoglobininémie entre 7 et 8 g/dL.**

*Pôle urgences/Réanimation médicale/SAMU, CHRU de Besançon.
Université de Franche-Comté*

*Correspondance : D^r Gaël Piton, Service de réanimation médicale, CHU Jean Minjoz,
boulevard Fleming, 25030 Besançon. Tél. : 03 81 66 81 27
E-mail : gpiton@chu-besancon.fr*

- L'hémostase des patients doit être corrigée en cas de troubles acquis, alors que les troubles de l'hémostase du cirrhotiques peuvent être tolérés, sauf en cas de thrombopénie profonde avec saignement actif.
- Le traitement vasopresseur (sandostatine, somatostatine, ou terlipressine) est débuté dès la suspicion clinique d'HD liée à l'HTP, avant la réalisation de l'EOGD.
- Les IPP à forte dose doivent être débutés dès la suspicion clinique d'HD haute, avant la réalisation de l'EOGD.
- L'artériographie est réservée à l'échec du traitement endoscopique dans l'HD haute active non liée à l'HTP, et aux HD basses avec saignement actif au scanner.
- La chirurgie d'hémostase est réservée à l'échec ou à l'indisponibilité de l'artériographie, en cas d'HD sévère.

HTP
ou VGD

Hémorragie digestive: Stratégie diagnostique et thérapeutique.

1. Introduction

L'hémorragie digestive (HD) est une cause fréquente et potentiellement grave d'admission aux urgences. Les HD hautes, les plus fréquentes, sont dominées par l'hémorragie ulcéreuse (UGD) et l'hémorragie liée à l'hypertension portale (HTP), dont les prises en charge sont bien codifiées. La démarche diagnostique et thérapeutique se fait en parallèle. La prise en charge multidisciplinaire implique d'abord l'urgentiste et le gastro-entérologue, parfois le radiologue, l'anesthésiste, le chirurgien digestif, et le réanimateur. Récemment, des conférences de consensus ont codifié la prise en charge des HD liées à l'HTP, non liées à l'HTP, ainsi que des formes graves d'HD (1-3).

2. Épidémiologie

L'HD haute est fréquente, concerne 1/1 000 adulte/an, et est associée à une mortalité de 10 à 14 % (1). L'HD basse est plus rare et en général moins grave.

Il existe trois cadres nosologiques, par ordre décroissant de fréquence :

- HD œsogastroduodénale : 80 % ;
- HD colique : 15 % ;
- HD grêlique : 5 %.

En pratique clinique, dans la démarche diagnostique et thérapeutique, on distingue :

- HD haute : œsogastroduodénale ;
- HB basse : colique ou grêlique.

Il y a 4 principales présentations, qui orientent sur le cadre nosologique :

- hématomèse : toujours HD haute ;
- méléna : HD haute > HD basse ;
- rectorragies : HD basse > HD haute ;
- anémie ferriprive non extériorisée : non informative.

3. Critères d'envoi d'une équipe SMUR

En France, le guide d'aide à la régulation distingue deux niveaux d'urgence pour la prise en charge des HD (4) :

- R1 (urgence vitale imposant l'envoi d'une équipe SMUR) : signes de gravité liés à l'hypovolémie, ou hématomèse ;
- R2 (urgence vraie sans détresse vitale, nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAB) : méléna ou rectorragies, en l'absence de signes de gravité.

En pratique, le médecin régulateur recherchera :

1) **Critères liés à l'HD** : sont potentiellement graves l'hématomèse, le méléna, les rectorragies abondantes avec caillots ; en revanche **des rectorragies de faible abondance accompagnant des selles normales sont a priori rassurantes**. La recherche systématique des **antécédents** (cirrhose hépatique, varices œsophagiennes (VO) connues, éthylisme chronique, UGD, traitement **anticoagulant** ou antiagrégant plaquettaire) apportera également des éléments essentiels à la décision.

2) **Critères liés à l'hypovolémie** : tachycardie, *a fortiori* une hypotension, marbrures ; somnolence, confusion, ou malaise ; oligurie, soif intense ; dyspnée ; pâleur extrême.

4. Stratégie diagnostique

Objectifs : répondre à quatre questions

- Est-ce bien une HD ?
- Quel type d'hémorragie ?
- Quelle cause ?
- Quelle gravité ?

4.1. Diagnostic différentiel

- **Ce n'est pas du sang** : supplémentation orale par du fer (la couleur des selles tend vers le vert foncé sur une compresse) ; vomissements fécaloïdes.

- **Ça ne vient pas du tube digestif** : hémoptysie ; une **épistaxis déglutie** peut donner une authentique hématomèse, du méléna ou des rectorragies ; ménométrorragies abondantes, à distinguer des rectorragies.

4.2. Diagnostic positif

- **Hématémèse** : vomissement de sang rouge ou noir, est le type d'extériorisation ayant le plus de valeur diagnostique puisqu'il localise l'origine présumée de l'HD entre la bouche œsophagienne et l'angle de Treitz.
- **Méléna** : émission de selles noires, nauséabondes, goudronneuses, dont la **couleur tend vers le bordeaux** lorsque qu'on l'étale sur une compresse. Traduit le plus souvent une HD haute, mais peut correspondre à un saignement colique ou du grêle.
- **Rectorragies** : émission de sang rouge dans les selles. Traduit le plus souvent une HD colorectale, mais une HD haute doit être évoquée s'il existe des signes de choc (penser à l'EOGD face aux rectorragies mal tolérées).

4.3. Diagnostic étiologique

4.3.1. Présomption clinico-biologique

Elle repose sur l'analyse des antécédents, des facteurs de risque (FR) d'HD, l'examen clinique (insuffisance hépatocellulaire, HTP, décompensation oedemato-ascitique), les données de la biologie (insuffisance hépatocellulaire, hypersplénisme, stigmates biologiques d'alcoolisme chronique).

4.3.1.1. Les principaux FR d'UGD

- antécédents d'UGD ;
- anti-agrégation plaquettaire ;
- thrombopénie ;
- insuffisance rénale ;
- infection par *Helicobacter pylori* non traitée, ou échec d'éradication.

4.3.1.2. Hémorragie liée à l'HTP

- sévérité connue de l'HTP : gradient portocave > 20 mmHg, VO grade III, signes rouges ;
- cirrhose Child C ;
- arrêt inopiné des bêtabloquants.

4.3.1.3. FR des principales causes d'HD colique

- **Diverticulose** : l'âge. Elle concerne 50 % des plus de 80 ans ; **80 % des porteurs de diverticulose ont plus de 50 ans.**
- **Colite ischémique** : Facteurs de risque cardio-vasculaires, terrain d'artériopathie ischémique, contexte de bas débit cardiaque, fibrillation auriculaire mal anticoagulée, état prothrombogène.

- **Polypes et cancer colorectal** : âge, antécédents familiaux ou personnels de polype ou de cancer.
- **Colite toxique** : AINS, chimiothérapie.
- **Colite infectieuse** : TIAC ; colite postantibiothérapie évoquer *Klebsiella oxytoca* (pas de sang en général si *Clostridium difficile*).
- **Rectocolite hémorragique/Crohn colique** : adulte jeune, fumeur (Crohn), antécédents familiaux de MICI ; les rectorragies sont souvent associées à une diarrhée.

4.3.2. Confirmation endoscopique : EOGD ou coloscopie après préparation colique

L'EOGD est l'examen clé : elle affirme la cause du saignement, évalue le risque de récurrence hémorragique, et permet le traitement dans la grande majorité des HD hautes.

4.3.2.1. Contre-indications ou non-indications

- patient grabataire, troubles cognitifs sévères (à discuter) ;
- fin de vie ;
- diverticule œsophagien (relative).

4.3.2.2. Conditions de l'EOGD vigile

- patient coopérant ;
- stable hémodynamiquement ;
- Hb \geq 7 gr/dL ;
- non hypoxique ;
- estomac vidangé : à jeun depuis 6 heures ; érythromycine 250 mg voie IV (sauf contre-indication) dans les 30 minutes précédant l'examen.

4.3.2.3. Indications de l'IOT avant l'EOGD

- troubles de conscience, instabilité hémodynamique, ou hypoxie (les indications de l'IOT) ;
- ou présomption d'une hémorragie digestive cataclysmique, pour permettre un traitement endoscopique optimal (sur demande du gastro-entérologue).

4.3.2.4. Timing de l'endoscopie digestive (3)

- toujours < 24 h ;
- parfois < 12 h : suspicion d'hémorragie sur HTP ;
- dès que possible : choc hémorragique dans l'attente d'une stabilisation du patient (IOT, catécholamines, transfusion pour Hb \geq 7).

En cas d'impossibilité de réalisation d'une EOGD par insuffisance de plateau technique, ce critère pourrait aider à décider du moment du transfert d'un patient vers un centre référent.

4.3.3. **TDM sans injection puis avec injection (3)**

- Si HD grave (extériorisation abondante et retentissement hémodynamique) ET
- présomption HD haute mais EOGD non disponible immédiatement ;
 - ou suspicion de fistule aorto-duodénale ;
 - ou HD basse (EOGD normale).

Le scanner pourra être complété par une artériographie s'il existe un saignement colique ou grêlique au scanner, pour permettre une embolisation dans le même temps.

4.4. Diagnostic de gravité

Le pronostic d'une HD est souvent jugé dans la littérature par :

- la récurrence hémorragique ;
- le décès.

4.4.1. *Gravité liée aux caractéristiques du saignement*

Évaluée au mieux par la classification de Forrest pour l'HD haute ulcéreuse, et par le stade des VO et des varices gastriques pour l'HD liée à l'HTP.

- Les ulcères classés Forrest Ia (saignement artériel en jet), Ib (saignement veineux en nappe), ou IIa (vaisseau visible) sont à haut risque de récurrence. Les caillots adhérents (IIb) sont à risque intermédiaire. Les ulcères avec taches pigmentées (IIc) ou à fond propre (III) sont à faible risque hémorragique.
- Dans l'HD liée à l'HTP, des VO grade III (circonférentielles, confluentes, ne disparaissant pas à l'insufflation), ou avec signe rouge, sont à haut risque de récurrence.

4.4.2. *Gravité liée au retentissement hémodynamique*

Sur le plan clinique, basée sur l'analyse de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et la recherche de signes d'hypoperfusion tissulaire (confusion ou agitation, marbrures, oligurie) ; sur le plan biologique, basée sur la profondeur de l'anémie, et les signes de dysfonction d'organe (insuffisance rénale, hépatique, hyperlactatémie).

4.4.3. *Gravité liée aux troubles acquis de l'hémostase*

Recherche d'une thrombopénie, d'une baisse du TP ou du fibrinogène ; recherche d'une acidose métabolique, d'une hypocalcémie (calcium ionisé < 0,9 mmol/L), ou d'une hypothermie (température, pH et calcémie sont des paramètres importants dans la coagulation).

4.4.4. *Scores spécifiques de l'HD haute*

- Le score de Rockall (5) : basé sur l'âge, les antécédents, le retentissement hémodynamique, et les constatations endoscopiques. Un score ≥ 8 est associé à un risque élevé de mortalité.

http://en.wikipedia.org/wiki/Glasgow-Blatchford_score

- Le score de Glasgow-Blatchford (GBS) est clinico-biologique (6), il a l'avantage de ne pas avoir besoin des résultats de l'endoscopie digestive pour évaluer la gravité de l'hémorragie.

Un score GBS = 0 identifie avec précision les patients les moins graves : pas besoin de transfusion globulaire, pas besoin d'un traitement endoscopique, pas de récurrence de l'HD, et pas de décès (7). Il correspond à un patient ayant l'ensemble des critères suivants :

- urée plasmatique < 6,5 mmol/L ;
- Hb ≥ 13 g/L chez l'homme, ≥ 12 g/L chez la femme ;
- PAS ≥ 110 mmHg ;
- FC < 100 bpm ;
- absence de méléna ;
- absence de syncope ;
- absence d'hépatopathie ;
- absence d'insuffisance cardiaque.

5. Prise en charge thérapeutique

5.1. Hémodynamique

Objectif : maintenir le débit cardiaque et la pression artérielle systémique en corrigeant l'hypovolémie.

Dans l'HD liée à l'HTP, le maintien d'un objectif de PAM à 65 mmHg et d'une hémoglobininémie entre 7 et 8 g/dL permet de maintenir la perfusion des organes (3). En dehors des patients ayant un antécédent d'HTA, ce seuil de PAM est probablement valable dans l'HD non liée à l'HTP. Une HTA ou une hypervolémie expose à l'entretien de l'hémorragie ou à un risque de récurrence.

5.2. Hématose

Objectif : maintenir le transport de l'oxygène, dont les principaux déterminants sont le débit cardiaque, l'hémoglobininémie, et la SaO₂.

Le maintien d'un débit cardiaque correct par remplissage précoce, une transfusion pour maintenir une Hb entre 7 et 8 g/dL, associée à une oxygénothérapie systématique (même si la SaO₂ est normale sous air) afin de saturer les hématies, permet d'optimiser le transport en oxygène vers les tissus.

5.3. Hémostase (= étiologique)

5.3.1. Améliorer la coagulabilité du sang

- En dehors du contexte de l'HD du cirrhotique, les troubles acquis de l'hémostase doivent être corrigés (3). Au-delà de 2 CG, discuter la transfusion

systematique de 1 PFC/CG. L'objectif est d'avoir un taux de plaquettes > 50 G/L, voire 75 ou 100 G/L en cas de saignement actif, un TP \geq 40 % et un taux de fibrinogène \geq 1,5 g/L. En cas de calcémie ionisée < 0,9 mmol/L, il est indiqué de perfuser du chlorure de calcium. Éviter ou corriger l'hypothermie.

• Les troubles de l'hémostase du cirrhotique n'ont pas à être corrigés, en dehors d'une thrombopénie < 30 G/L si l'HD n'est pas contrôlée (3).

5.3.2. Diminuer la pression transmurale du vaisseau sanguin

Dans l'HD liée à l'HTP, un des moyens du traitement est basé sur la diminution du gradient porto-cave par la baisse du débit ou des résistances dans la circulation porte.

• La baisse du débit splanchnique est obtenue grâce à l'utilisation de vasoconstricteurs (sandostatine, somatostatine, ou terlipressine) qui sont débutés par voie IV dès la suspicion d'une HD liée à l'HTP, idéalement en préhospitalier, et avant la réalisation de l'EOGD (3). Après 5 jours de traitement vasoconstricteur, cette baisse de débit splanchnique sera entretenue par l'instauration des bêtabloquants en l'absence de contre-indications.

• La baisse des résistances intra-hépatiques peut être obtenue par un shunt porto-cave (TIPS pour Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt). Le TIPS, habituellement mis en place par le radiologue, est réservé aux échecs du traitement endoscopique de l'HD en rapport avec l'HTP, ou dans les 72 h en prévention de la récurrence chez les patients à haut risque (Child B et hémorragie active lors de l'endoscopie, ou Child C) (3).

5.3.3. Comblent la brèche vasculaire (5 moyens, dans l'ordre)

• Traitement médical, toujours débuté avant l'endoscopie digestive en cas de suspicion d'HD haute (3). Il est basé sur les IPP voie IV à forte dose.

• Traitement endoscopique, guidé par la classification de Forrest en cas d'hémorragie ulcéreuse, basé sur l'injection d'adrénaline, la thermocoagulation ou la pose de clips hémostatiques ; guidé par le stade des VO ou l'existence de varices gastriques, basé en première ligne sur la ligature élastique des VO, et l'encollage des varices gastriques.

• La sonde de tamponnement œsophagien doit être mise en place en cas d'échec du traitement endoscopique d'une hémorragie liée à l'HTP, dans l'attente d'un TIPS, pour une durée \leq 24 h. Elle sera gonflée avec de l'air. Elle expose à un risque d'ischémie œsophagienne.

• L'artériographie est réservée aux échecs du traitement endoscopique dans l'HD haute non liée à l'HTP (en général 2 essais de traitement endoscopique bien conduit), ou aux HD basses avec saignement actif au scanner.

• La chirurgie d'hémostase est réservée à l'échec ou l'indisponibilité de l'artériographie, dans l'HD haute active non liée à l'HTP ou dans l'HD basse cataclysmique.

5.4. Traitements associés (3)

- **Antibiothérapie** : C3G ou fluoroquinolone pendant 5-7 jours si HD chez le cirrhotique.
- **Pas de bénéfice du lactulose** dans la prévention de l'encéphalopathie hépatique chez le cirrhotique.
- **Poursuite de l'aspirine** dans l'attente de l'avis cardiologique.
- **Ne maintenir que l'aspirine** dans les bithérapies anti-agrégantes, dans l'attente de l'avis cardiologique.

6. Orientation après les urgences

L'orientation des patients en aval des urgences se fait après discussion entre l'urgentiste, le gastro-entérologue et éventuellement le réanimateur. Elle pourra être guidée par le score de Rockall et le score GBS, mais il n'y a pas de consensus établi (3).

- 1) **Retour à domicile** : pourrait être discuté si score GBS = 0, chez un patient qui n'est pas seul chez lui (7).
- 2) **Hospitalisation en secteur conventionnel** : à discuter si HD ulcéreuse Forrest IIc ou III, sans défaillance d'organe.
- 3) **Hospitalisation en secteur de SI ou USC** : HD ulcéreuse classée entre Forrest I et Forrest IIb ; HD en rapport avec l'HTP ; a fortiori dans les suites d'un traitement endoscopique pour dépister une récurrence précoce.
- 4) **Hospitalisation en réanimation** : à discuter si score de Rockall > 8 ou score GBS > 8, ou si au moins 2 défaillances d'organe.

Références

1. Barkun A.N., Bardou M., Kuipers E.J., Sung J., Hunt R.H., Martel M. et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010 Jan 19 ; 152(2) : 101-13.
2. de Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2010 Oct ; 53(4) : 762-8.
3. Osman D., Djibré M., Da Silva D., Goulenok C. Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children. *Ann Intens Care* 2012 ; 2(46).
4. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. 2^e édition. SFEM éditions ; 2009.
5. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996 Mar ; 38(3) : 316-21.
6. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000 Oct 14 ; 356(9238) : 1318-21.
7. Stanley A.J., Ashley D., Dalton H.R., Mowat C., Gaya D.R., Thompson E. et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 2009 Jan 3 ; 373(9657) : 42-7.

Tableau 1 – Principaux médicaments utilisés dans l'hémorragie digestive haute de l'adulte

	Posologie et voie d'administration	Contre-indications principales	Effets indésirables principaux
Hémorragie ulcéreuse			
IPP	80 mg bolus IV puis 200 mg/j IVSE (72h)	Hypersensibilité	Nombreux mais rares Bénéfice attendu > risques
Hémorragie liée à l'HTP			
Sandostatine	25 µg/h IVSE (5j)	Hypersensibilité Grossesse Allaitement	Rares: troubles digestifs modérés et transitoires
Somatostatine	250 µg bolus IVL (> 1 mn) puis 250 µg/h IVSE (5j)	Déconseillé si : – grossesse – allaitement	Flush, nausées et bradycardie si administration trop rapide
Terlipressine	> 50 kg : 2 mg bolus IV/4h jusqu'au contrôle de l'HD. < 50 kg : 1 mg bolus IV/4h jusqu'au contrôle de l'HD. Cette période ne doit pas dépasser 48 heures. Puis 1 mg bolus IV/4h (< 3 jours)	Hypersensibilité Choc septique Déconseillé si : – cardiopathie ischémique – TDR cardiaque – HTA non contrôlée – AVC – AOMI – asthme, BPCO – insuffisance rénale chronique – âge > 70 ans – grossesse	Poussée hypertensive Bradycardie Syndrome coronarien aigu TDR cardiaque Ischémie aiguë périphérique
IPP : inhibiteurs de la pompe à protons ; CI : contre-indication ; IV : intraveineux ; IVL : intraveineux lent ; IVSE : intraveineux au pousse-seringue électrique ; HD : hémorragie digestive ; TDR : trouble du rythme.			